

Noi și Ceilalți: Otherism-ul (marginalizare prin diferențiere) în activitatea cu persoanele vârstnice și foarte vârstnice

Karina Hoßfeld, Thomas Wilde și Lars Gockel, VNB Germania

Termenul „otherism”, adesea denumit și „othering” (marginalizare prin diferențiere), derivă din termenii englezești „other” sau „otherness”, care se traduc prin „diferit” sau „celălalt”. Otherism-ul descrie un proces prin care anumite persoane sau grupuri („noi”) sunt diferențiate de alte persoane sau grupuri („ceilalți”). În acest proces social, persoanele sau grupurile sunt astfel construite ca fiind „diferite”. În acest sens, grupul care nu face parte din „sine” este întotdeauna categorisit drept „diferit” și „străin”, deoarece se abate de la „normă” — abatere care servește drept justificare pentru excludere (vezi <https://diversity-arts-culture.berlin/woerterbuch/othering>).

Persoanele vârstnice se confruntă adesea cu discriminare explicită din cauza vârstei sau sunt etichetate ca fiind deficitare sau nemaifiind capabile (Butler, 1969; OMS, 2021). Otherism-ul nu se referă exclusiv la forme de discriminare bazate pe vârstă; de fapt, persoanele vârstnice pot fi afectate în mod particular de forme multiple de stigmatizare — din cauza vârstei, a limitărilor de sănătate, a demenței, a originii sau situației sociale, sau a unei identități sau povești de viață non-heteronormative.

Sexualitatea și identitatea la vârsta a treia sunt afectate în mod deosebit de aceste procese de othering (marginalizare prin diferențiere). Adulții vârstnici care își exprimă nevoile sexuale sau doresc să intre în relații intime se abat de la norma socială a „sexualității tinerești” și sunt, astfel, adesea percepuți ca fiind necorespunzători sau problematici. Această percepție duce frecvent la patologizarea sau moralizarea comportamentului lor, în special în cadrul instituțional al îngrijirii. La vârsta a treia, discriminarea se poate, de asemenea, intensifica pe măsură ce dependența crește: persoanele devin mai dependente de sprijin profesionist, de structuri instituționale (îngrijire, sprijin, locuință) și de reglementări formalizate. Aici, nu doar „sprijinul” este cel organizat, ci se stabilește și normalitatea: cei percepuți ca fiind „necorespunzători” primesc mai puțin spațiu (atât la propriu, cât și la figurat), mai puțină credibilitate și mai puține posibilități de acțiune. Acest lucru este relevant în special acolo unde sexualitatea și intimitatea sunt deja tabu din punct de vedere social: normele funcționează atunci nu ca o interdicție explicită, ci ca ceva „ce nu este menit să existe” (Gagnon & Simon, 1973; Goffman, 1963).

Un exemplu din viața de zi cu zi

Într-un cămin de îngrijire rezidențială, personalul discută în camera de personal despre „rezidenții care sunt din nou dificili astăzi”. Ce înseamnă, de fapt, această afirmație? În esență, se referă la mai multe persoane diferite, cu nevoi individuale. Termenul colectiv „rezidenții” creează distanță. Cauzele specifice ale neliniștii sau nemulțumirii sunt, inițial, ignorate. Acest mic exemplu ilustrează ce înseamnă „othering”: s-a făcut deja un prim pas, probabil inconștient, către „noi, îngrijitorii” versus „acești rezidenți dificili”, priviți ca un grup omogen.

Sugestii pentru propria activitate

Îngrijitorii profesioniști își pot observa și reflecta propriul comportament în viața de zi cu zi:



- În ce situații folosesc acest contrast între „noi” și „ei” (de ex. „clienții”, „cei aflați în îngrijire”, „cei de care avem grijă”)?
- Ce efect are acest limbaj asupra atitudinii și acțiunilor noastre?
- Cum am putea descrie aceeași situație într-un mod mai individualizat și mai apreciativ?

Devine clar că, în centrul „otherism-ului”, stă divizarea în „noi” și „ei”. Această distincție este adesea făcută inconștient, de exemplu atunci când profesioniștii se distanțează de cei care au nevoie de îngrijire sau de cei aflați în grija lor, ori atunci când deciziile sunt luate exclusiv în cadrul echipei, fără implicarea persoanelor vizate. Din punct de vedere psihologic, acest lucru servește adesea drept mijloc de auto-orientare și protecție împotriva suprasolicitării emoționale. Și adesea simplifică munca atunci când toată lumea este tratată după aceleași standarde. La urma urmei, este valabil și reversul: cu cât sunt evaluate mai individual nevoile, cu atât cresc și așteptările celor aflați în îngrijire ca acele nevoi să fie satisfăcute. Totuși, acest lucru adesea pur și simplu nu este posibil în cadrul orelor de lucru și bugetului disponibil. Cu toate acestea, merită, atât pentru indivizi, cât și pentru instituții, să reflecteze asupra locurilor unde putem sprijini și evita otherism-ul.

“Otherism-urile” se accentuează la vârsta a treia

Deși discriminarea nu începe la vârsta a treia, efectele ei se pot acumula și se pot înrădăcina instituțional pe măsură ce oamenii îmbătrânesc. Două mecanisme sunt deosebit de centrale în acest sens:

1. Acumularea de-a lungul vieții:

Inegalitățile persistă de-a lungul anilor și deceniilor (precum venituri mai mici, acces mai redus la asistență medicală, întreruperi în istoricul de angajare și pensii mai mici) și devin mai vizibile la vârsta a treia (Dannefer, 2003; Levitas et al., 2007).

2. Dependența instituțională:

Pe măsură ce sistemele de sprijin se extind, regulile, rutinele și cadrele interpretative ale instituțiilor devin reperul central pentru recunoaștere și excludere (Goffman, 1961; Foucault, 1976).

Cadrul instituțional și sexualitatea la vârsta a treia

În contextul sexualității și intimității, **intervine un al treilea factor: sexualitatea la vârsta a treia este adesea un subiect tabu din punct de vedere cultural** — drept urmare, normele exercită o influență deosebit de puternică prin tăcere, evitarea subiectului și limite implicite ale „cruentului” (Goffman, 1963; Gagnon & Simon, 1973). Chiar dacă sexualitatea și identitatea rămân componente centrale ale vieții umane de-a lungul întregii vieți, aceste subiecte sunt frecvent tabu la vârsta a treia. Astfel se instituie o „ordine instituțională a normalității” în care autonomia și maturitatea sunt devalorizate. Aici converg două mecanisme: ageismul, adică devalorizarea sau discriminarea bazată pe vârstă, și ableismul, adică normalizarea performanței și autonomiei drept standard, ceea ce poate duce la desexualizare, infantilizare, protecție excesivă sau punerea la îndoială generalizată a capacității de a-și da consimțământul (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Această convergență este centrală pentru „otherism”, deoarece demonstrează că excluderea nu apare doar din prejudecăți individuale, ci și prin rutine instituționale și atribuiri de statut (Goffman, 1961; Campbell, 2009).

Otherism: Mecanisme de structurare a sexualității și intimității

- **Invizibilitatea**

Invizibilitatea înseamnă că nevoile nu sunt întrebate, nu sunt documentate și nu sunt luate în considerare. Drept urmare, „nu este abordat” devine rapid „nu există” (Link & Phelan, 2001; Goffman, 1963). Acest lucru afectează în mod deosebit grupurile marginalizate, care se confruntă deja mai frecvent cu stigmatizarea, iar coming-out-ul (de exemplu, ca persoană queer sau trans) poate fi riscant.

Invizibilitatea poveștilor de viață queer

Mulți bărbați gay vârstnici au trăit într-o perioadă în care homosexualitatea era infracțiune, iar persoanele gay erau disprețuite de mulți dintre contemporanii lor. La fel, persoanele trans* au întâmpinat, în trecut, puțină înțelegere. Aceste experiențe modelează încrederea, sentimentele de rușine și modul în care persoana gestionează deschiderea privind propria poveste de viață.

Punct-cheie: Tăcerea sau ascunderea nu este neutralitate. Ea întărește norma conform căreia „vârsta a treia = non-sexual” și mută povara responsabilității asupra celor afectați, care sunt nevoiți mai întâi să „demonstreze” sau să-și exprime „curajos” nevoile (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

Întrebări de reflecție pentru propria practică

- Cât de diverse, din punct de vedere al genului și al relațiilor, sunt formularele și conversațiile noastre?
- Semnalăm în mod activ că diferitele alegeri de viață sunt respectate?

• Desexualizarea și infantilizarea

Desexualizarea este mai mult decât simpla „absență a sexului” — este o judecată de statut: persoana nu mai este considerată un subiect legitim al dorinței, intimității și autodeterminării. Ableismul întărește această judecată atunci când nevoia de îngrijire sau asistență este confundată cu lipsa capacității juridice (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Punct-cheie: Aceasta ilustrează cum îngrijirea poate aluneca spre incapacitare. Nu este vorba atât despre o „conduită individuală necorespunzătoare”, cât despre un risc structural, atunci când protecția este întotdeauna prioritizată în detrimentul autonomiei (Beauchamp & Childress, 2019).

• Reglementare morală prin trivlizare sau atitudine defensivă

Reglementarea morală se manifestă adesea prin cele mai mici reacții (priviri, glume, evitarea privirii, trivlizare) și produce rușine (Goffman, 1963). Sexualitatea la vârsta a treia se ciocnește astfel de noțiuni culturale în care sexualitatea este asociată cu tinerețea, atractivitatea și performanța (Gagnon & Simon, 1973).

Punct-cheie: Trivializarea („drăguț”) neagă orice seriozitate intimității și o mută într-un registru copilăresc. Atitudinea defensivă („chiar mai este nevoie de asta la vârsta ta?”) o marchează ca fiind inacceptabilă. În ambele cazuri, excluderea are loc fără o interdicție explicită.

• Patologizare

Atunci când sexualitatea devine vizibilă la vârsta a treia, este adesea percepută ca o „problemă”: o disfuncție, un simptom sau un risc.

Punct-cheie: Apare o logică dublă: 1. Sexualitatea este considerată „inexistentă”; 2. când devine totuși vizibilă, este încadrată în primul rând ca risc sau abatere. Acest lucru împiedică adesea o perspectivă centrată pe calitatea vieții.

- **Suprareglementare provenită din nseiguranță („pentru orice eventualitate”)**

Acolo unde lipsesc ghidurile, instituțiile răspund adesea cu reguli generalizate. Acestea afectează în mod deosebit persoanele marginalizate, care au adesea rețele de sprijin mai reduse, se confruntă cu riscuri mai mari de stigmatizare și expunere și au mai puțină putere de a formula plângeri (Spade, 2015; Link & Phelan, 2001).

Punct-cheie: Dacă un subiect nu este „pe agendă” în mod oficial, nu există căi profesionale disponibile în caz de conflict. Atunci intervin normele informale (moralitate, rușine etc.) — și tocmai aici se reproduce „otherism-ul”.

O perspectivă intersecțională: Când identitățile se intersectează

Othering-ul are un efect deosebit de puternic atunci când mai multe caracteristici se combină. Persoanele vârstnice nu sunt doar vârstnice — pot avea, de asemenea, un istoric de migrație, pot aparține unei minorități religioase, pot fi queer, pot trăi cu un handicap sau pot fi dezavantajate social. Aceste suprapuneri (intersecții) cresc riscul de a fi ignorate, neînțelese sau tratate în mod stereotip.

De exemplu, o rezidentă necăsătorită, lesbiană, cu origini familiale turcești, va fi trăit excluderea diferit față de o femeie născută în Germania, de origine germană, care s-a căsătorit cu partenerul ei. Aceasta din urmă se va integra probabil mai bine în rutinele instituției, deoarece faptul de a fi căsătorit este oricum întrebătat tuturor. Totuși, îngrijirea nu se poate mulțumi pur și simplu să se adapteze la ceea ce se potrivește majorității. Acest lucru este cu atât mai valabil într-o societate din ce în ce mai diversă, unde o singură soluție care se potrivește tuturor va deveni tot mai rară. Acum că societatea a evoluat până la punctul în care, odată cu deschiderea căsătoriei, persoanele de același sex sunt și ele „văzute”, îngrijirea trebuie să răspundă în consecință. Un bărbat gay care a experimentat discriminarea nu mai trebuie să se afle într-o situație în care simte că trebuie să-și ascundă identitatea într-un cămin de îngrijire, de teama unei noi respingeri. O rezidentă cu istoric de refugiat poate reacționa sensibil la zgomote puternice sau la situații de control — fără ca acest lucru să fie recunoscut imediat ca o reacție condiționată biografic.

Gândirea intersecțională înseamnă a nu reduce oamenii la o singură categorie, ci a percepe complexitatea realităților lor de viață și a recunoaște că, acolo unde acestea se intersectează, presiunile se pot întări reciproc.

Sugestii pentru profesioniști

Profesioniștii din domeniul educației și îngrijirii poartă o responsabilitate deosebită. Prin formare continuă și dezvoltare profesională, profesioniștii pot câștiga încredere în propriile acțiuni și își pot consolida abordarea profesională.

Aspecte-cheie ale lucrului în contextul othering-ului:

- Reflecție asupra propriilor valori, norme și nesiguranțe legate de sexualitatea la vârsta a treia.
- Cunoașterea și comunicarea cunoștințelor privind principiile juridice și etice.
- Promovarea unei culturi de echipă deschise, în care situațiile dificile pot fi discutate.
- Protejarea activă a intimității, vieții private și autodeterminării.

Includerea muncii biografice pentru a evalua mai bine nevoile individuale.

Principii-cheie pentru evitarea othering-ului

- **Crearea unor spații sigure și respectuoase**

Un element esențial este crearea de spații în care sexualitatea și identitatea pot fi discutate deschis. Acest lucru necesită o atitudine respectuoasă, un limbaj sensibil la discriminare și abordarea activă a propriilor prejudecăți. Un astfel de spațiu este deosebit de important pentru persoanele vârstnice LGBTQIA+, care aduc adesea cu ele o viață întreagă de experiențe de discriminare (Fredriksen-Goldsen et al., 2017).

Întrebări de reflecție:

- Ce moduri de viață sunt considerate tacit „normale” în contextul nostru?
- Cine trebuie să se adapteze la procedurile noastre — și unde am putea fi mai flexibili?

Cum diferențiem între limitele organizaționale și simplul obicei?

- **Practici de comunicare incluzive**

Comunicarea incluzivă înseamnă modelarea limbajului și a comportamentului astfel încât toată lumea să se simtă abordată și respectată. Aceasta include evitarea presupunerilor heteronormative („Vine și soția dumneavoastră în vizită?”), folosirea unui limbaj neutru din punct de vedere al genului și practicarea ascultării active în conversații. Profesioniștii nu ar trebui să evite conversațiile despre sexualitate, ci să le ghideze cu sensibilitate și profesionalism.

- Descrieți mai degrabă decât să judecați: „Am observat...” în loc de „nu este potrivit”.
- Întrebări deschise, fără a judeca: „Ce este important pentru dumneavoastră în privința intimității/vieții private/relațiilor?”
- Nu faceți presupuneri: nu faceți presupuneri despre orientarea sexuală, gen, statutul relației sau „modelul de familie” (Warner, 1991).

Limbaj și atribuiri culturale:

- Când interpretăm în grabă un comportament în termeni culturali sau religioși?
- Ce întrebări am putea pune, în loc să facem presupuneri?

Cât de deschis vorbim despre diferitele moduri de viață, astfel încât și rezidenții de același sex să se poată simți în siguranță?

- **Migrație, limbă și putere:** Limba este un factor esențial în othering. Dacă persoanele vârstnice nu vorbesc germana, sau o vorbesc doar limitat, sunt mai repede etichetate drept „dezorientate” sau „necooperante”.

- Unde confundăm barierele lingvistice cu afectările cognitive?
- Ce opțiuni de mediere lingvistică profesională cunoaștem și utilizăm?
- Cum putem consolida comunicarea non-verbală și îngrijirea sensibilă din punct de vedere cultural, fără a reduce oamenii la „cultura” lor?

Și, de asemenea:

- **Interviuri/formulare de internare:** Cum sunt concepute în contextul nostru? Presupunerile heteronormative („soț/soție”) sunt vizibile și în interviurile și formularele de admitere din instituțiile de îngrijire, făcând invizibile alte tipuri de relații.

Othering-ul apare și atunci când procesele instituționale presupun tacit o „biografie standard”: heterosexuale, vorbitoare de germană, crescută în credința creștină.

- **Confidențialitate și viață privată**

Viața privată este un drept fundamental al omului și capătă o importanță deosebită în contextele de îngrijire. În instituțiile de îngrijire pe termen lung, aceasta este adesea restricționată de camerele comune, procedurile organizaționale sau lipsa de personal. Intimitatea și posibilitățile de a avea viață privată trebuie protejate în mod activ, în special aici, de exemplu prin camere care se pot încuia, reguli clare privind vizitele și cadre confidențiale pentru conversații. Fără intimitate, apropierea este cu greu posibilă — mai ales în camerele comune.

- **Consimțământul informat în cazurile de capacitate mentală fluctuantă**

O chestiune deosebit de sensibilă este cea a capacității de a consimți la persoanele cu demență sau alte afectări cognitive. Abordările etice actuale susțin ideea de a privi consimțământul nu exclusiv ca pe o stare statică, ci ca pe un proces dinamic. Dorințele, semnalele non-verbale și declarațiile biografice anterioare ar trebui incluse în evaluare (Dewing, 2007).

- **Relații profesionale și responsabilitate etică**

Personalul se află adesea prins între nevoia de a oferi sprijin și menținerea distanței profesionale. Este esențial să se recunoască faptul că este atât legitim, cât și necesar să se recunoască nevoile de apropiere și intimitate, fără a exploata relațiile de dependență sau a depăși limitele. Supervizarea regulată și discuțiile de caz etice pot fi utile în acest sens.

- **Nesiguranță fără ghiduri:** Atunci când sexualitatea „nu este abordată”, apar adesea restricții ad-hoc în caz de conflict (Spade, 2015).

Factori de risc și strategii de prevenire

- **Judecata morală**

Reacții din partea personalului de îngrijire care nu sunt neutre, ci care judecă sexualitatea persoanelor vârstnice sau a persoanelor queer — de exemplu, ca fiind „neplăcută”, „dezgustătoare” sau, dimpotrivă, trivializând-o într-o manieră copilărească.

Exemple:

- Un îngrijitor spune: „La vârsta asta, nu ar mai trebui să se întâmple așa ceva...”
- Chicoteli sau priviri disprețuitoare la adresa intimității între persoane de același sex.

Trivializare: „Vai, ăștia doi sunt drăgălași ca doi adolescenți”.

Strategie: Aici se recomandă formularea unui standard de echipă: „descrieți mai degrabă decât să judecați” sau apelarea la supervizare ori stabilirea de consultări de caz cu colegii.

- **Logica protectivă ableistă**

Sexualitatea persoanelor vârstnice este restricționată sau chiar împiedicată sub pretextul „protecției”; în special în cazurile de afectare cognitivă și adesea fără să existe vreo evaluare reală a autodeterminării. Problema este că autodeterminarea este restricționată în favoarea unei noțiuni excesive de protecție..

Exemple:

- O relație este împiedicată deoarece o persoană are demență („Ea nu poate decide asta”).
- Rudele sau personalul interzic vizitele unui partener „pentru protecția lor”.

Intimitatea este considerată categoric „periculoasă”.

Strategie: Aici se recomandă implementarea unui management transparent al consimțământului, proceduri și ghiduri structurate pentru a asigura protecția adulților vulnerabili (copii, tineri) împotriva oricărei forme de violență, abuz, exploatare sau neglijare (căi de siguranță — safeguarding), documentare bună și evaluare întotdeauna de la caz la caz (Beauchamp & Childress, 2019).

- **Tokenism**

„Incluziune” simbolică, fără o schimbare structurală reală. Problema apare atunci când acest lucru se întâmplă fără măsuri incluzive suplimentare și fără o atitudine corespunzătoare. În astfel de cazuri, tokenismul devine o incluziune de fațadă, iar problemele reale persistă.

Exemples:

- Cu bune intenții: steagul curcubeu în zona de intrare — dar personalul nu este format corespunzător.
- Declarația de misiune menționează „diversitatea” — dar plângerile persoanelor LGBTQI+ sunt ignorate.
- Deși există un „responsabil de legătură queer”, acesta nu are putere de decizie.

Strategie: Revizuire autocritică în cadrul organizației

- Limbaj (folosim un limbaj incluziv?)
- Spații (avem, de exemplu, spații sigure?)
- Reguli (sunt sensibile la discriminare?)

Proceduri de plângere (cine are acces la ele și cât de accesibile și eficiente sunt?)

- **Culturalizare**

Comportamentele sau nevoile sunt atribuite în grabă „culturii”, în loc să se ia în considerare perspectiva individului. Acest lucru reduce oamenii la stereotipuri, ceea ce întărește othering-ul.

Exemple:

- „Asta e tabu în cultura voastră, nu-i așa?”
- Presupunerea că o persoană își suprimă sexualitatea din cauza originii sale.

Generalizări ample despre „familiile religioase”.

Strategie:

- Întrebați direct persoanele, în loc să faceți presupuneri nereflectate.

Concentrați-vă pe abordări intersecționale (de ex. Patricia Hill Collins & Sirma Bilge).

Exemple concrete de practică incluzivă

- Formulare/istoric medical: Folosirea unor termeni neutri în formulare („persoana importantă”), opțional: prenume/titluri.
- Viața privată ca standard: Respectarea camerelor/spațiilor private, opțiuni „Nu deranjați”, stabilirea unor reguli clare de a bate la ușă înainte de a intra.
- Cultura de echipă: Stabilirea unei rutine de reflecție („Ce ne declanșează? Care normă intră în joc aici?”) în loc să se recurgă la glume sau la o atitudine defensivă (Goffman, 1963).

Rezumat



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Practica incluzivă înseamnă crearea condițiilor pentru ca diversitatea la vârstă a treia să devină o posibilitate reală. Aceasta include un mediu sigur și respectuos, comunicare incluzivă, protecția vieții private și o abordare sensibilă a consimțământului informat. Aceste aspecte formează baza unei practici etice. În special în contextele de îngrijire, este necesar să se pună sub semnul întrebării, în mod critic, structurile instituționale și să se consolideze autonomia individuală. Otherism-ul devine mai complex atunci când vârstă a treia interacționează cu experiențele de migrație, rasism, moduri de viață queer sau bariere lingvistice. O abordare profesională a lucrului cu persoanele vârstnice înseamnă, așadar, și gândire intersecțională: a nu trage concluzii pripite, ci a rămâne curios, a pune întrebări biografice și a nu dramatiza, dar nici a ignora diferențele. O practică de îngrijire sensibilă la diversitate și critică față de raporturile de putere consolidează demnitatea, siguranța și sentimentul de apartenență — în special pentru persoanele care au experimentat deja excluderea în viața lor.

Referințe

Arbeitskreis Medizinischer Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V. und Zurechnungsfähigkeit (2026): <https://www.akek.de/faq/6-informierte-einwilligung/> (letzter Aufruf: 05.02.2026).

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8. Aufl.). Oxford University Press.

Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4, Part 1), 243 ff.

Campbell, F. K. (2009). *Contours of Ableism: The Production of Disability and Abledness*. Palgrave Macmillan.

Collins, P. H., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.

Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), S327–S337.

Dewing, J. (2007). Participatory research: A method for process consent with persons who have dementia. *Dementia*, 6(1), S. 11–25.

Foucault, M. (1976). *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, M. (1983). *Sexualität und Wahrheit 1: Der Wille zum Wissen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E. B., & Goldsen, J. (2017). Cognitive impairment, Alzheimer's disease, and other dementias in the lives of lesbian, gay, bisexual and transgender older adults and their caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 37(5), S. 545–569.

Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. Aldine Publishing Company.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other*

Inmates. Anchor Books.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.

Goodley, D. (2014). *Dis/ability Studies: Theorising Disablism and Ableism*. Routledge.

Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E., & Patsios, D. (2007). *The Multi-Dimensional Analysis of Social Exclusion*. University of Bristol.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, S. 363–385.

Spade, D. (2015). *Normal Life: Administrative Violence, Critical Trans Politics, and the Limits of Law*. Duke University Press.

Stryker, S. (2008). *Transgender History*. Seal Press.

Warner, M. (1991). Introduction: Fear of a Queer Planet. *Social Text*, (29), S. 3–17.

World Health Organization. (2021). *Global Report on Ageism*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2015). *World report on ageing and health*. WHO Press.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5174879e-b0dc-43fc-b3a8-b1db31c51d4c/content>
(letzter Aufruf: 11.02.2026).